

Année 1956

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

344

par

F U N F S C H I L L I N G Pierre

Né le 16 Avril 1927 à Epernay (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 2 Mai 1956

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RECTITES INFECTIEUSES
AIGUES PRIMITIVES DITES A GERMES BANAUX

PRESIDENT : Monsieur le Professeur de GENIES

Candidat: FUNFSCHILLING

N° 1 : Pierre

de soutenance: 2 Mai 1956

1

FUNFSCHILLING Pierre
Contribution à l'étude des
Rectites infectieuses aiguës
primitives dites à germes
banaux.
Thèse Méd. (Etat) Paris 1956
N°
Dact. in-4° 54 pages
Edition A.G.E.M.P. 1957

2

FUNFSCHILLING Pierre
Contribution à l'étude des
Rectites infectieuses aiguës
primitives dites à germes
banaux.
Thèse Méd. (Etat) Paris 1956
N°
Dact. in-4° 54 pages
Edition A.G.E.M.P. 1957

3

FUNFSCHILLING Pierre
Contribution à l'étude des
Rectites infectieuses aiguës
primitives dites à germes
banaux.
Thèse Méd. (Etat) Paris 1956
N°
Dact. in-4° 54 pages
Edition A.G.E.M.P. 1957

4

FUNFSCHILLING Pierre
Contribution à l'étude des
Rectites infectieuses aiguës
primitives dites à germes
banaux.
Thèse Méd. (Etat) Paris 1956
N°
Dact. in-4° 54 pages
Edition A.G.E.M.P. 1957

Année 1956

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

F U N F S C H I L L I N G Pierre

Né le 16 Avril 1927 à Epernay (Marne)

M. D. C. E.

Présentée et soutenue publiquement le 2 Mai 1956

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RECTITES INFECTIEUSES
AIGUES PRIMITIVES DITES A GERMES BANAUX

PRÉSIDENT : Monsieur le Professeur de GENÈS

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONOTAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEFIAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut.

ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	CORDIER (G)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (A)
Bactériologie.....	N....
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale.....	VERNE (J)
Cancérologie médicale et sociale.....	N....
Carcinologie..	OBERLING (C)
Chimie médicale.....	JAYLE (M.F)
	(Hôtel-Dieu..... BROCC (P)
Cliniques chirurgicales :	(Broussais..... DE GAUDARD-D'ALLAINES (F)
	(Salpêtrière..... N....
	(Cochin..... QUENU (J)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERIE D'AUBIGNE (R)
Clinique de cardiologie.....	MOUQUIN (M)
Clinique de chirurgie et d'orthopédie.....	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire...	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose.....	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie.....	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de puériculture.....	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux...	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)

Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J)
Clinique gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO (P)
(Hôtel-Dieu.....	N....
(Bichat.....	N....
Cliniques médicales : (Cochin.....	MOREAU (R)
(Broussais.....	DE GENNES (L)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....	JUSTIN-BESANCON (L)
Clinique médicale propédeutique ...	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition.....	BOULIN (R)
(Tarnier.....	LANTUEJOUL (P)
Cliniques obstétricales (Baudelocque.....	N....
(Port-Royal.....	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique.....	VELTER (E)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires.....	RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile.....	HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale.....	COSTE (F)
Clinique stomatologique.....	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAIRE (A)
Clinique urologique.....	FEY (B)
Embryologie	GIROUD (A)
Génétique médicale	LAMY (M)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N....
Histologie	N....
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (.)
Hygiène et clinique de la première enfance.	CATHALA (J)
Médecine du travail.....	DESOLLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale.....	MENEGAUX (G)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expéri- mentale.....	MERKLEN (F.P)
(chaire à titre personnel)	
Pathologie médicale.....	BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales.....	GARCIN (J)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel).....	DOGNON (A)
Physiologie.....	BINET (L)
Physique médicale.....	STROHL (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET (P)
Thérapeutique.....	TURPIN (R)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552424_0014

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie.....	(MM. (DELLAS (A) p. s. ch (DEBEYRE (OLIVIER (N.....
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARD (BUSSE (F) (GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	(NEVOT (A) (N....
Biochimie médicale	(ETTORI (J) (Pr.s.ch. (N.... (N....
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F)
Dermato-syphiligraphie.....	DUPERRAT (F)
Embryologie.....	TUCHMANN
Histologie.....	(BULLIARD (H) (pr. s. ch. (N.... (N....
Hydrologie.....	N....
Hygiène.....	BOYER (J) DEPARIS (M)
Maladies infectieuses.....	N....
Médecine légale et du travail	(DEROBERT (L) (GAULTIER (M) (HADENGUE (A) (N....
Neurochirurgie.....	DAVID (M)
Neurologie.....	N....
Obstétrique.....	(GRASSET (J) (LEPAGE (F) (MERGER (R) (MORIN (P) (RAVINA (J) (N.... (N....

Ophthalmologie.....(DESVIGNES (P)
(N....

Orthopédie..... JUDET (R)

Oto-rhino-laryngologie.....(AUBRY (M)
(MADURO (R)

Parasitologie.....(CHABAUD (A)
(N....

Pathologie chirurgicale.....(ABOULKER (P)
(BAUMANI (J)
(GOSSET (J)
(LAURENCE (G)
(
(LORTAT-JACOB (J)
(OLIVIER (Cl)
(POILLEUX (F)
(VERNE (J.M)
(N....
(N....
(N....
(N....
(N....
(N....
(N....
(N....

Pathologie expérimentale.....(N....
(N....

(BERNARD (J)
(BOUDIN (G)
(CASTAIGNE (P)
(CONTE (M)
(DOMART (A)
(LAMOTTE (M)
(LAROCHÉ (Cl)
(MILLIEZ (P)
(PEQUIGNOT (H)
(PERRAULT (M)
(RAMBERT (P)
(THIEFFRY (St)
(TURLAF (J)
(N....
(N....
(N....
(N....
(N....
(N....
(N....

	(JOSEPH (R)
Pédiatrie	(N....
	(N....
	(CHEYMOL (J)
Pharmacologie.....	(LEVY (Mlle J)
	(BARJETON (D)
Physiologie.....	(PARROT (J)
	(DEJOURS (P)
Physique médicale.....	(DEJOURNO (A)
	(GOUGEROT (L)
Pneumo-phtisiologie.....	KREIS (B)
Psychiatrie.....	N.....
Psychiatrie infantile.....	MICHAUX (Z)
Rhumatologie.....	N
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A)
	(CERNEA (P)
Thérapeutique.....	II....
Urologie.....	KUSS (R)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

	MM.
	(ANELINE (A)
	(HUGUIER (J)
	(LEGER (L)
Clinique chirurgicale.....	(PADOVANI (P)
	(PATEL (J)
	(ROUX (M)
	(RUDLER (J.C)
	(SICARD (A)
	(BROUET (G)
	(N....
	(DECOURT (J)
	(DREYFUS (Gilbert)
Clinique médicale.....	(FAUVERT (R)
	(HAGUENAU (M)
	(HAMBURGER (J)
	(KOURILSKY (R)
	(MARCHAL (G)
	(SOULIE (E)

Clinique obstétricale..... (ESCALLE (G)
(MAYER (M)
(VARANGOT (J)

Clinique ophtalmologique..... (OFFRET (G)
(RENARD (G)

Clinique urologique..... COUVELAIRE (R)

Secrétaire général de la Faculté...M. MOREL (J)
Secrétaire.....Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction M.le Docteur HAHN(A)
Conservateur..... Mlle GOICHON

Bibliothécaires..... (Mlles DUMAITRE P,
(LAURENT H, LE NOIR
(G, QUIEVREUX E.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées, doivent être considérées com-
me propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur
donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur L. de GENNES

Professeur de Pathologie Médicale

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A nos Maîtres, Médecins et Chirurgiens
des Hôpitaux de Paris,

A Monsieur le Docteur R. TOURNEUR,

Médecin des Hôpitaux

qui nous a aidé dans l'élabora-
tion de ce travail.

A Messieurs les Docteurs R. CATTAN et P. HILLEMAND

Médecins des Hôpitaux

qui ont bien voulu mettre à no-
tre disposition, les observa-
tions de leur service.

A Messieurs les Docteurs A. EYQUEM et L. LE MINOR

Chefs de Laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris

pour leurs précieux conseils

En témoignage de notre respectueu-
se reconnaissance.

A notre Maître, le Docteur A. BENSAUDE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
de Paris,

qui nous a inspiré le sujet de
notre thèse.

Nous le remercions vivement pour
la confiance qu'il nous a témoi-
gnée et l'aide précieuse qu'il
a apportée à la réalisation de
ce travail.

Avec notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RECTITES INFECTIEUSES

AIGUES PRIMITIVES DITES A GERMES BANAU

CHAPITRE I

INTRODUCTION.-

Le chapitre des rectites est un chapitre particulièrement touffu de la pathologie ano-rectale dans laquelle entre toute une série de variétés symptomatiques et étiologiques.

Jusqu'à ces dernières années, on s'était surtout occupé des rectites spécifiques vénériennes ou tuberculeuses, des rectites traumatiques, toxiques, qui, à l'heure actuelle, paraissent parfaitement individualisées.

Par contre, la difficulté que l'on rencontre à faire la preuve de l'action pathogène des différents germes trouvés à la coproculture des selles de malades atteints de rectites infectieuses rendait extrêmement difficile leur intégration dans un cadre nosologique précis.

L'existence de rectites infectieuses est admise par la plupart des proctologues mais leur individualisation tant étiologique qu'anatomique, endoscopique et clinique n'a jamais, à notre connaissance, encore été tentée.

Analysant un certain nombre d'observations qui nous ont été confiées par notre Maître A. BENSANDE, nous essayons, dans ce travail, d'apporter des éléments qui faciliteront la connaissance de cette variété de rectites.

CHAPITRE II

DEFINITION.-

Notre étude s'occupera exclusivement des rectites basses en apparence primitives, c'est-à-dire des rectites dont les lésions n'occupent que l'ampoule rectale et s'arrêtent à la charnière recto-sigmoïdienne. Nous en avons réuni 24 observations.

Nous éliminerons du cadre de ce travail les rectites infectieuses secondaires à des abcès ano-rectaux ou à la propagation d'une affection des organes de voisinage, en particulier des organes génito-urinaires, et les surinfections d'une rectocolite hémorragique et purulente d'origine indéterminée, ou de certaines rectocolites spécifiques, telle que la dysenterie amibienne par exemple.

La totalité de nos observations nous ont été confiées par A. BRUNSAUDE et proviennent tant de sa clientèle de ville que des consultations de proctologie qu'il assure dans les services de Messieurs HILLEMALD, à l'Hôpital Tenon et CATTAN à l'hôpital Saint-Antoine.

CHAPITRE III

HISTORIQUE ET CLASSIFICATION DES RECTITES.-

Dans le cadre confus des colites infectieuses, on a fait entrer toute une série de faits disparates ; la plupart des classifications antérieures sont basées sur l'examen et la culture des selles, et n'ont pas toujours tenu compte des autres données cliniques et, notamment, de la localisation prédominante au niveau de tel ou tel segment du colon.

Cependant, depuis le début de ce siècle, les médecins et, un peu avant eux, les chirurgiens ont isolé les colites segmentaires. Le premier, MAYOR de Genève a décrit la sigmoïdite (1893) ; cette question a été reprise par de nombreux auteurs : BERARD, SYERS, ENRIQUEZ, LENORMAND, DUVAL et ROUX, GREGOIRE, RAMOND, LARDENNOIS. En 1933, CHIRAY et PATEL ont fait un rapport sur la sigmoïdite au Congrès Français de Chirurgie

En 1916, DELBET et BRECHOT dans leur "Nouveau Traité de Chirurgie", au chapitre des maladies de l'anus et du rectum décrivent les rectites ou proctites : inflammations aiguës ou chroniques du rectum, s'appesantissant en particulier sur les rectites blennoragiques.

QUENU et HARTMANN, CUNEO, VIRCHOW, ont publié des observations chirurgicales de rectites proliférantes. LEJARS a constaté des rectites chroniques hypertrophiques chez de vieux urinaires.

L'entité anatomo-clinique des syndromes recto-sigmoïdiens n'a été dégagée qu'au moment où l'endoscopie fait son apparition. Le premier, LOCKART-MUMFERY montre l'importance de la recto-sigmoïdoscopie pour le diagnostic des rectites. Mais ce sont essentiellement les travaux de Raoul BENSAUDE et de ses élèves : RACHET, BUSSON, MASSOT, CAIN, OURY, qui, entre les deux guerres, ont fait alors le point sur cette question, décrite initialement par Raoul BENSAUDE, dans son travail sur les colites, comme des "formes segmentaires proximales".

La plupart des auteurs, à la suite des publications de Raoul BENSAUDE, ne s'attachent essentiellement qu'aux rectites spécifiques : rectite de NICOLAS-FAVRE, rectite blennorragique, rectite tuberculeuse.....

Ce n'est que depuis les quelques années qui ont précédé la dernière guerre que DRUECK, de BERRE, RACHET, BUSSON, MASSIAS, A. BENSAUDE, ainsi que COSSART, dans sa thèse, font état des rectites infectieuses à germes banaux.

Cette question, comme l'ont démontré tous ces auteurs, est dominée par la difficulté qu'il y a à préciser la nature pathogène des germes trouvés à la coproculture. Jusqu'à maintenant, de nombreux auteurs admettaient, en effet, avec RACHET et BUSSON que la plupart des dits germes n'avaient pas fait leur preuve pathogène et les considéraient dans de nombreux cas comme des germes de sortie ou d'accompagnement. Le problème n'est d'ailleurs pas entièrement résolu à l'heure actuelle, malgré les importants et nombreux travaux qui s'y sont attachés et dont les plus marquants sont ceux de BUTTIAUX.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE.-

Il est évident que l'âge et le sexe ne jouent pas un rôle essentiel dans le déterminisme des rectites infectieuses aiguës en apparence primitives. Signalons cependant que, sur 24 malades, 13 concernent des femmes, 11 des hommes, et que l'âge des patients varie de 6 à 56 ans.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.-

Par contre, il nous paraît qu'un facteur présente une importance capitale, c'est le rôle prédisposant d'une atteinte colique antérieure. Cette prédisposition apparaît dans 16 observations (obs. 1, 2, 3, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24).

Dans un certain nombre de cas, il s'agissait de malades ayant des antécédents de colite amibienne prouvée par des examens de selles antérieurs ; ces amibiases étant traitées et non évolutives au moment de l'apparition de la rectite.

Dans d'autres cas, les troubles colitiques étaient d'origine indéterminée, mais manifestes, et se caractérisaient tantôt par de la constipation, tantôt par des alternances de diarrhées et de constipation, parfois par des évacuations diarrhéiques ou des selles molles quotidiennes, et s'accompagnaient de tout le cortège des troubles réflexes observés dans de pareils cas. Un certain nombre de ces malades étaient en plus des hémorroïdaires patents.

Le rôle prédisposant d'une atteinte colique antérieure dans le déterminisme des rectocolites infectieuses a d'ailleurs été souligné à la récente réunion du Congrès des Gastro-Entérologues Français à propos des accidents graves dus aux antibiotiques. De nombreux auteurs et notamment BUTTIAUX et BOCQUIEN ont montré la fréquence d'une fragilité colique chez les malades présentant des colites infectieuses secondaires à la prise d'antibiotiques.

SPECIFICITE DES GERMES EN CAUSE.-

L'obstacle majeur auquel on se heurte dans l'étude des atteintes infectieuses du colon, qu'il s'agisse de recto-colites diffuses ou d'atteintes segmentaires, sigmoïdiennes ou rectales, est celui de la spécificité des germes trouvés à la coproculture.

Depuis la dernière guerre, BUTTIAUX et ses collaborateurs se sont attachés à montrer le rôle pathogène de ces divers germes, que nombre d'auteurs, non convaincus de leur virulence, nient.

Par de nouvelles techniques bactériologiques et par des milieux de culture plus spécifiques permettant d'éliminer les saprophytes intestinaux banaux, BUTTIAUX, en 1945, a pratiqué les examens de selles de 112 malades présentant des syndromes dysentériques et a trouvé, en particulier :

- 18 fois des bacilles de Morgan,
- 17 fois des bacilles de Flexner,
- 15 fois des paracoli,
- 11 fois des bacilles de Sonne,
- 5 fois des paratyphiques B
- 44 fois l'examen bactériologique s'est révélé négatif ; mais cela semble dû à l'examen trop tardif des selles.

En 1946, avec GERVOIS et LIEGEOIS, BUTTIAUX a mis en évidence le rôle étiologique certain de staphylocoques pathogènes, donnant des syndromes dysentériques chez des nourrissons alimentés par certains laits concentrés.

De même, les Américains et les Anglais (MILNARD, BAYLIS, de LAY, NORRIS, SEWITT), depuis 1940, ont montré la virulence de certains staphylocoques intestinaux.

En 1946 également, J. PARIS et A. TACQUET ont décrit un cas d'infection intestinale dysentérique mortelle à bacilles de Morgan, chez un

prisonnier rapatrié. D'autres auteurs : d'AULNOY, TJOTTA, RIDING, MAGATH et JACKSON ont observé des entérites, colites et même des septicémies à bacilles de Morgan.

En 1949, à la suite des travaux de NETER ERWIN, ISTVAN JOO, SEMITT, FELSENFELD, CHRISTENSEN, EDWARDS, GALTON et PLASS; BUTTIAUX, TACQUET et KESTELOOT estiment que certains bacilles paracoli sont pathogènes ("souche bleue" des Allemands) ; ils les classent en :

- paracoli aérogènes ou paracolobactrum,
- paracoli anaérogènes,
- et paracoli arizona.

Mais ces auteurs estiment que ces germes pourraient ne pas être constamment pathogènes ; ils seraient les "potential pathogens" des Anglo-Saxons.

En 1952, R. BUTTIAUX, GAUDIER et TACQUET relatent un cas d'abcès sous-hépatique ou un bacille paracoli a été trouvé en culture pure.

En 1953, BUTTIAUX et MORIAEZ, à propos du bacille de SONNE écrivent : "Shigella Sonnei tend à remplacer en Europe et peut-être dans une grande partie du monde civilisé les autres Shigella : dysentériae et flexneri en particulier". Ce sont également les conclusions de GLOVER, CARTER et YOUNG en Angleterre ; NAKAYA au Japon.

H. FLOCH de l'Institut Pasteur de Guyane, a fait une mise au point en 1953, sur l'intérêt de l'étude bactériologique des colites et des entérites et note la fréquence relative de petites épidémies à bacilles de Morgan, à protéus, à bacilles pyocyaniques, paracolibacilles et staphylocoques dorés, en dehors des salmonelles et bacilles dysentériques. FLOCH considère tous ces germes comme pathogènes, en particulier, chez l'enfant.

Enfin, à propos des syndromes intestinaux provoqués par les antibiotiques à large spectre d'action, BUTTIAUX, TACQUET et GAUDIER, puis Y. BOCQUIEN, et G. ALLIOT dans leurs rapports au Congrès des Gastro-entérologues Français, en Octobre 1955, montrent que les espèces bactériennes sensibles sont

remplacées par des résistantes, qui se trouvent être essentiellement des protéus et des monilia-ses (*Candida albicans*), et parfois des pseudomonas, staphylocoques..., fait remarquable, ces germes sont parfois responsables de gros troubles intestinaux -quelques uns mortels- et, d'autres fois, ne provoquent aucune manifestation.

D'après LE MINOR - de l'Institut Pasteur de Paris - ce qui expliquerait ces controverses au sujet de bactéries, c'est qu'en fait ces mêmes microbes seraient parfois pathogènes et d'autres fois, non.

Cet état de fait pourrait être dû, soit à l'individu : fragilisation antérieure du colon ou du rectum comme nous le pensons d'après nos observations, l'âge du sujet (fréquence de ces germes dans les diarrhées infantiles, d'après FLOCH), soit au germe : l'Institut Pasteur de Paris cherche actuellement à mettre en évidence pour ces entéro-bactéries d'apparence semblable, des dissemblances dans leurs antigènes et leurs toxines. L'étude des agglutinines et du séro-diagnostic est excessivement difficile, du fait des nombreuses souches au sein d'une même famille - 40 souches de *Shigella Sonnei* (Piéchaud), N souches de colibacilles (111 - B4,55 - B5,26 - B6..) paracoli aérogènes, anaérogènes, arizona...., les protéus.... - et par suite, chacune présente un grand nombre de groupes antigéniques.

Le problème de la recherche de la spécificité pathogène des germes trouvés à la coproculture est particulièrement difficile à résoudre dans le cadre des rectites qui nous préoccupent. En effet, les résultats de l'auto-séro-diagnostic, lorsqu'il est pratiqué, sont le plus souvent infidèles, car au niveau de l'ampoule rectale, la diffusion des toxines est à peu près inexistante ou en tout cas très faible. A propos d'infections à bacilles de Sonne, WATT et di CAPITO ont trouvé chez certains sujets des taux sériques peu élevés (1/20 à 1/80) durant une évolution prolongée de la maladie, et, par ailleurs, ils ont eu des agglutinations à des taux de 1/600 et plus chez des individus sains, ou il n'a pas été retrouvé de *Shigella sonnei* à des coprocultures répétées.

En conclusion, KRISTENSEN, THORBORG, SAXHOIM-ROIF et BUTTIAUX estiment que, jusqu'à présent, le seul critère étiologique de ces infections intestinales basses ne peut être basé que sur la coproculture, car on ne peut faire confiance au séro-diagnostic en particulier dans les shigelloses.

S'il n'est pas encore possible, comme le déclare BUTTIAUX, de fournir une preuve irréfutable du rôle pathogène de ces entéro-bactéries banales ou "mineures", nous apportons cependant, pensons-nous, un certain nombre d'arguments cliniques qui présentent une valeur non négligeable.

Ces arguments sont tirés :

- a) De l'examen rectal de nos malades qui nous a montré des lésions très spéciales, permettant d'orienter le diagnostic et parfois même de prévoir la nature infectieuse des lésions rectales observées.
- b) De l'action du traitement sur ces lésions : celles-ci disparaissent presque toujours rapidement lorsque l'on traite les malades en tenant compte de la sensibilité des germes incriminés aux divers antibiotiques et sulfamides.

Dans trois de nos observations (obs. 22, 23, 24) il n'a pas été retrouvé de germes nettement prédominant à l'examen bactériologique et ce n'est que d'après l'aspect histologique que nous croyons pouvoir les rattacher aux rectites infectieuses.

Malgré les nouvelles techniques bactériologiques permettant d'éliminer les saprophytes intestinaux des selles examinées, BUTTIAUX estime que, dans un certain pourcentage de cas, même en période épidémique, alors que les signes cliniques sont semblables, on ne peut retrouver dans les fécès, les bactéries qui sont à l'origine de l'infection colique. Une partie, semble-t-il de ces résultats négatifs doit être dûe, toujours selon BUTTIAUX, à un examen trop tardif des selles après leur émission.

CHAPITRE V

PATHOGENIE.-

Nous ne reviendrons pas sur la notion de spécificité des germes trouvés à la copro-culture, point sur lequel nous nous sommes suffisamment étendus.

Par contre, le problème qui est le plus obscur est celui de la localisation des lésions au niveau de la seule ampoule rectale.

Deux hypothèses sont à envisager :

- S'agit-il de la localisation prédominante au cours d'une colite diffuse ?
- S'agit-il, au contraire, d'une atteinte segmentaire, à point de départ local ?

En ce qui concerne la première de ces hypothèses, on sait en effet, que, quel que soit le facteur d'agression colique, il existe dans les recto-colites diffuses, deux points où les lésions sont fréquemment au maximum : la région iléo-caecale et la portion terminale de l'intestin.

La prédominance des lésions en ces points étant en rapport vraisemblablement avec l'importance du développement de la circulation en ces deux pôles intestinaux.

Nous pensons que cette pathogénie puisse être possible dans certains cas, mais nous nous expliquons mal pourquoi, dans cette éventualité, les lésions ne dépassent jamais la charnière recto-sigmoïdienne.

Nous estimons qu'un facteur local doive être souvent incriminé pour étayer notre deuxième hypothèse. Nous pensons que la fréquence des hémorroïdes importantes trouvées chez nos malades (obs. 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21), doivent être mises en cause.

On sait en effet, le rôle que joue l'infection des cryptes de MORGAGNI, à l'origine de la plupart des manifestations et complications hémorroïdaires. On peut alors se demander si l'infection de ces cryptes de Morgagni ne peut être le point de départ d'un certain nombre de rectites infectieuses en apparence primitives.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.-

Dans les rectites purement aiguës, il semble que les structures glandulaires de la muqueuse soient conservées dans leur architecture et leur nombre et qu'il y ait seulement une diminution très marquée de l'activité mucipare au profit de l'activité mitotique.

L'érosion de l'épithélium de surface entre les orifices des glandes est habituelle. Quant au chorion, il est seulement intensément tuméfié par hyperémie modérée et surtout par une infiltration cellulaire très dense, essentiellement plasmocytaire.

On ne note pas de sclérose.

En surface, on trouve le plus souvent un exsudat fibrineux ou fibrino-purulent.

Dans l'ensemble, il n'y a pas de remaniement profond des diverses structures de la muqueuse, ce qui permet, à priori, d'envisager la possibilité d'une restitution "ad integrum" de cette muqueuse.

Ces constatations s'opposent à celles faites au cours de poussées aiguës sur des lésions anciennes, où la biopsie montre l'atrophie de la muqueuse avec une raréfaction des glandes de Lieberkühn. On relève, en outre, l'existence de mutilations ulcératives de la muqueuse, d'une prolifération vasculaire et mésenchymateuse plus ou moins scléreuse.

Ces altérations portent témoignage de l'intensité et de l'ancienneté de l'atteinte de la muqueuse rectale.

CHAPITRE VII

ETUDE CLINIQUE.-

Signes fonctionnels.-

Les rectites infectieuses en apparence primitives ne présentent que très rarement un syndrome dysentérique bruyant analogue à celui observé dans les dysentéries spécifiques bacillaires ou parasitaires, ou au cours de la rectocolite hémorragique et purulente. Le plus souvent, les symptômes en sont relativement discrets. Dans certains cas, cependant, un début brutal par l'apparition de selles fréquentes, glaireuses, et sanglantes évoque un syndrome dysentérique fruste, d'autant plus qu'il s'y ajoute souvent du ténesme et de véritables épreintes (Obs. 1, 2, 3, 12, 14, 15, 20, 22, 24).

Beaucoup plus souvent, le tableau est moins évocateur. Tout se borne à de la diarrhée avec une ou deux selles par jour, ou à l'émission intermittente de quelques glaires sanglantes. Ces symptômes attirent d'autant moins l'attention qu'ils surviennent fréquemment chez des malades au long passé digestif, colitiques chroniques ou hémorroïdaires anciens (Obs. 4, 8, 11, 13, 16, 17, 21).

Signes généraux.-

L'état général n'est que peu touché, dans aucune de nos observations il n'a été inquiétant. Parfois les malades sont apyrétiques, d'autres présentent une légère fébricule, 37,5 - 37,8. D'autres enfin présentent une fièvre à 39° ou plus, tout à fait au début de l'évolution, mais leur courbe thermique redevient rapidement normale ; l'appétit est conservé. Nous n'avons jamais noté d'amaigrissement notable.

Signes physiques.-

L'examen somatique et notamment la palpation de l'abdomen sont en général négatifs, parfois, cependant,

on constate une douleur au niveau du colon gauche, ou à la pression du sigmoïde. Dans d'autres cas, la présence d'un boudin sigmoïdien atteste l'existence d'une atteinte colique antérieure.

C'est la rectoscopie qui permettra d'orienter le diagnostic. Les aspects rencontrés sont variables : dans certaines de nos observations, les lésions n'ont rien que de très banal : c'est ainsi que l'on peut voir des rectites congestives, des rectites oedémateuses, des rectites ecchymotiques (Obs. 2, 6, 10, 14, 16, 18, 19). Ces différents aspects pouvant d'ailleurs être associés.

Ce qui doit permettre de penser à la possibilité d'une rectite infectieuse, c'est uniquement la localisation des lésions au bas rectum. Dans les cas très typiques même, les lésions se concentrent dans les quelques centimètres inférieurs de l'ampoule, immédiatement au-dessus du canal anal. La partie supérieure du rectum étant intacte. Parfois, les lésions atteignent l'orifice recto-sigmoïdien, mais la muqueuse sigmoïdienne est toujours normale.

Ces aspects de rectites mal caractérisées ne sont pas les plus fréquents. Il existe deux aspects lésionnels sur lesquels il convient d'insister tout particulièrement ; ils nous paraissent quasi pathognomoniques et doivent faire penser d'emblée à une rectite infectieuse et imposer la coproculture : ce sont les rectites purulentes et les rectites ulcéreuses.

1) Rectites purulentes :

Elles se caractérisent par l'existence de plages purulentes blanc jaunâtre, en général peu marquées, évoluant sur un fond de muqueuse congestive de coloration rouge vif, oedématisée et suintante (obs. 3, 9, 17, 20, 22).

2) Rectites ulcéreuses :

Nous avons observé deux formes de rectites ulcéreuses.

a) Le plus souvent, il s'agit de multiples

petites ulcérations punctiformes, disséminées sur toute la hauteur de la muqueuse malade ou se répartissant sur un ou deux segments de la muqueuse, soit à la partie toute inférieure de l'ampoule, soit à la charnière recto-sigmoïdienne.

Il s'agit d'ulcérations très petites, très superficielles, apparaissant comme de petits points rouges foncés sur la muqueuse. Il convient d'insister sur le caractère très réduit de ces ulcérations, qui ne s'observent dans aucune autre des rectites que nous avons examinées. Leur constatation peut permettre d'affirmer la nature infectieuse des lésions, avant même la coproculture. Ces lésions évoluent sur un fond de muqueuse rouge congestive, suintante, parfois recouverte d'un léger enduit muco-purulent (obs. 1, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 24).

- b) A l'opposé, dans quelques observations, nous avons rencontré des ulcérations de grandes tailles, aux contours serpigineux, irréguliers occupant une surface voisine d'une pièce de 2 à 5 francs, au fond blanchâtre. Ces ulcérations superficielles étaient toujours localisées sur les 5 ou 6 derniers centimètres de l'ampoule rectale. Elles étaient parfois unique, parfois au nombre de 2 ou 3 (obs. 4, 21, 23). La muqueuse avoisinante était tantôt congestive, oedématisée, fragile (obs. 21, 23), tantôt sensiblement normale (obs. 4).

- Signalons dans une de nos observations (obs. 24), un aspect que nous n'avons rencontré qu'une fois : de vallonement et d'épaississement localisés dans la face antérieure de l'ampoule. Chez ce malade, la coproculture n'avait pas révélé de bactéries pathogènes, seul l'aspect histologique permit le diagnostic de rectite infectieuse.

Devant ces lésions il faut faire pratiquer une coproculture. Celle-ci est, évidemment, l'examen déterminant, et, à lui seul, permettra, de poser le diagnostic avec certitude.

Les prises biopsiques au niveau de la muqueuse ont cependant un gros intérêt. Elles permettront d'éliminer, dans les cas difficiles, la recto-colite hémorragique et purulente, et dans trois de nos cas (obs. 22, 23, 24), comme nous l'avons déjà signalé, c'est la biopsie, qui, en montrant des lésions histologiques caractéristiques, a permis de poser le diagnostic, alors que les coprocultures n'avaient pas permis, chez ces malades, d'isoler un germe pathogène, nettement prédominant.

CHAPITRE VIII

EVOLUTION.-

L'évolution de ces rectites est plus ou moins rapide selon le cas . Il paraît vraisemblable qu'un certain nombre d'entre elles puissent évoluer rapidement vers la guérison spontanée, aidées parfois par l'absorption de sulfate de soude prescrit au moment de l'examen bactériologique. On sait, en effet, que ces purgations salines ont un effet salutaire dans nombre d'entérocrites aiguës.

Mais dans la plupart des cas, l'évolution est traînante et résiste aux diverses thérapeutiques banales mises en oeuvre, jusqu'à ce qu'un traitement par sulfamides ou antibiotiques, basé sur des tests de résistance, ait été prescrit.

Le plus souvent, dès les premiers jours de ce traitement spécifique, les signes fonctionnels s'atténuent et disparaissent très rapidement. L'examen rectoscopique permet de confirmer l'amélioration en montrant la disparition rapide des lésions observées au premier examen.

Mais, dès maintenant, nous insistons sur la nécessité de prolonger ce traitement pendant une durée minimum de 15 jours à 3 semaines, l'interruption précoce de la thérapeutique entraînant souvent des récidives.

Celles-ci peuvent malgré tout survenir en cours de traitement par suite d'apparition de résistances secondaires, comme dans nos observations 3, 17, 24, qui ont nécessité une orientation différente de la thérapeutique et des associations plurimédicamenteuses.

Les rechutes sont également possibles et peuvent survenir assez longtemps, plusieurs semaines, plusieurs mois, après la fin d'un traitement, même intense (obs. 2, 5, 20).

FORMES ETIOLOGIQUES.-

Parmi les formes étiologiques, nous nous éten-

drons surtout sur les cas de rectites à bacilles de Morgan qui sont les plus fréquentes, et dont le traitement peut être parfois très difficile car les récidives et les rechutes sont particulièrement fréquentes (obs. 2, 3, 5). L'observation qui nous paraît la plus démonstrative à ce type est notre observation 5.

Il s'agit d'une jeune enfant de 6 ans, qui a présenté 3 rechutes en deux ans, chacune des poussées de rectite ayant nécessité 3 semaines à un mois de traitement avant de disparaître.

Chez une autre malade citée par A. BENSAUDE, mais dont l'observation n'a pas été retrouvée, une rectite ulcéreuse à bacille de Morgan s'est montrée résistante à tous les antibiotiques et sulfamides connus et a évolué sans changement pendant des mois.

Il n'en reste pas moins que, dans la majorité des cas, lorsque la rectite a été convenablement traitée, comme dans nos observations 1, 4, 6, 8, l'amélioration a été rapide, la guérison confirmée par la disparition des germes à la coproculture.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC.-

DIAGNOSTIC POSITIF.-

1) Un certain nombre de signes cliniques et endoscopiques peuvent mettre sur la voie : c'est le plus typiquement l'association d'un syndrome dysentérique à selles glaireuses et sanglantes d'apparition récente, avec une rectite purulente isolée ou associée à des micro-ulcérations disséminées, ou avec une ulcération unique ou des pauci-ulcérations localisées à la partie basse du rectum.

2) La coproculture permet seule d'affirmer l'origine infectieuse de ces rectites, compte tenu des discussions et des réserves faites sur la spécificité des germes.

3) Enfin le diagnostic peut encore être confirmé par la disparition ou l'amélioration rapide des lésions au moyen d'un traitement antibiotique ou sulfamidé adéquat après antibiogramme.

En fait, la seule certitude pourrait éventuellement être affirmée sur les données positives de l'auto-séro-diagnostic, mais dont l'exécution pratique surtout en clientèle est difficile à mettre en oeuvre.

Comme nous l'avons déjà signalé à la fin du chapitre sur la spécificité des germes, un résultat négatif ne représente qu'une valeur très limitée, étant donné la faible diffusion des toxines au niveau du rectum.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.-

Le diagnostic différentiel se pose avec celui de toutes les autres rectites.

1) L'ano-rectite hémorroïdaire.-

On sait que dans certains cas, l'inflammation

des varices anales débordent le canal et que l'anite hémorroïdaire - dont Raoul BENSAUDE et ses élèves ont montré la fréquence et l'importance dans la genèse des troubles hémorroïdaires - peut empiéter sur la partie inférieure du rectum, créant une ano-rectite.

Cette ano-rectite hémorroïdaire est une ano-rectite congestive ne suppurant jamais et ne s'accompagnant pas d'ulcérations. Elle peut donc être facilement distinguée d'une rectite infectieuse.

2) La rectite amibienne.-

Ce diagnostic est théoriquement facile : en effet, la rectite ulcéreuse amibienne avec ses ulcérations de plus grande dimension, étoilées, ou en coup d'ongle, à fond recouvert d'une fausse membrane et entourées d'un halo congestif, est bien différente dans ses formes typiques des ulcérations punctiformes ou des grandes ulcérations étalées des rectites infectieuses.

En réalité, le diagnostic clinique peut être extrêmement difficile : on sait que les ulcérations de la dysenterie amibienne peuvent présenter de grandes différences de taille et d'aspect.

Le diagnostic est rendu encore plus difficile par le fait que les rectites infectieuses évoluent souvent sur un terrain fragilisé par une amibiase antérieure, dont nous avons vu la relative fréquence à l'étiologie, (obs. 1, 3, 8, 16, 19).

Une coproculture seule ne saurait d'ailleurs permettre d'éliminer la dysenterie amibienne : les travaux récents des auteurs Anglo-Saxons et des Français BLANC et SIGUIER, ayant mis l'accent sur l'importance considérable que prend la surinfection par les germes intestinaux sur le déterminisme de la poussée de rectite ulcéreuse amibienne aiguë.

Il va sans dire que l'on ne pourra donc éliminer de façon formelle la dysenterie amibienne, que lorsque des examens de selles répétés auront montré l'absence des amibes pathogènes ; encore

que l'on doit faire des réserves en se rappelant la difficulté qu'il y a parfois, à mettre ces parasites en évidence.

3) La dysenterie bacillaire.-

Le diagnostic se pose essentiellement en période épidémique, et c'est encore la coproculture et l'aspect rectoscopique qui tranchera la question.

Mais il faut faire une réserve aux syndromes dysentériques à bacilles de Sonne. Ce shigella, comme l'ont montré BUTTIAUX, en France ; GLOVER, CARTER et YOUNG en Angleterre et NAKAYA au Japon, tend à supplanter les autres bacilles dysentériques, se manifestant même parfois de façon isolée.

Ce germe peut donc provoquer soit une dysentérie, soit une forme fruste, localisée, et donner le tableau d'une rectite basse, en apparence primitive (obs. 14 et 15).

4) Les rectites vénériennes.-

Le problème se pose, surtout, pour la rectite gonococcique. Il s'agit d'une rectite basse, purulente, parfois même s'accompagnant de petites ulcérations.

C'est en fait une rectite infectieuse primitive et, si nous ne l'avons pas fait entrer dans le cadre de notre travail, c'est qu'elle n'offre aucun problème nosologique.

En effet, tant au point de vue étiologique que clinique, elle a été parfaitement étudiée par de nombreux auteurs et ainsi connue depuis longtemps.

L'interrogatoire, précisant l'existence de pratiques sodomiques et l'examen bactériologique mettant en évidence des gonocoques, sont des éléments de différenciation essentiels.

Ces derniers examens sont pratiquement toujours positifs, dès les premiers symptômes. La recherche bactériologique n'offre de difficulté que dans les cas, d'ailleurs très rares, de rectites gonococciques, subaigues, trainantes.

On sait, en effet, que le gonocoque ne se développe que difficilement dans le milieu rectal et qu'il disparaît en quelques jours des sécrétions purulentes.

Dans ces cas, répétons-le, extrêmement rares, car la plupart des rectites gonococciques évoluent d'une façon aiguë et rapide, la gono-réaction pourrait donner une aide appréciable pour le diagnostic.

Le diagnostic avec la maladie de NICOLAS-FIVRE dans sa phase de rectite est plus facile, outre la notion de sodomie, qui est également constante, les données du toucher rectal montrent très rapidement les signes caractéristiques, si spéciaux, et pathognomoniques de la rectite granulueuse.

L'apparition, dans les semaines qui suivent, d'un rétrécissement, lève tous les doutes.

5) La rectite tuberculeuse.-

Celle-ci est absolument exceptionnelle, se caractérisant par de grandes ulcérations aux rebords décollés, dont l'aspect est très évocateur.

Elle apparaît habituellement dans des cas de tuberculose évolutive, et, par ailleurs, fait le plus souvent partie d'un tableau de colite tuberculeuse diffuse ; les formes rectales basses étant exceptionnelles.

6) La recto-colite hémorragique.-

Théoriquement, le diagnostic ne se pose guère avec la recto-colite dont le caractère essentiel est fourni par l'extension des lésions.

Cependant, dans certains cas, le diagnostic peut être très délicat, comme dans l'observation 21, où une rectite semble être le point de départ d'une recto-colite hémorragique : obs. 21.

Observation :

Madame P... a été suivie pendant 2 ans.

D'abord traitée pour une rectite purulente avec ulcérations : une coproculture met en évidence : escherichia coli et bacilles para-typhiques A, ces derniers sensibles à la tifomycine.

Le séro-diagnostic s'est révélé négatif.

Au bout d'un mois de traitement (Décembre 1950) : grosse amélioration clinique et disparition des germes et des lésions locales.

En Avril 1951, reprise des rectorragies, avec, à la rectoscopie, un oedème considérable. La biopsie (Duperrat) montre des lésions voisines de la recto-colite hémorragique. La malade est traitée alors par :

- Cycladiène,
- Novismuth, puis :
- Stérandryl,
- Salazopirine.

Etat stationnaire jusqu'en Septembre 1951 avec un traitement discontinu de tifomycine et d'extraits hépatiques. A ce moment surviennent 7 à 8 évacuations purulentes et sanglantes par jour : à la rectoscopie on trouve les lésions typiques d'une recto-colite hémorragique purulente et ulcéreuse de nature indéterminée, bien que l'examen des selles révèle alors, des coli, paracoli et endolimax nana : il semble s'agir là nettement d'une surinfection.

Traitement : lavements de pénicilline-streptomycine,
extraits placentaires.

Nette amélioration jusqu'en Mars 1952 où l'on note une petite rechute hémorragique avec aspect de recto-sigmoidite ulcéreuse et hémorragique jusqu'à 20 centimètres.

Traitement : amunine
extraits placentaires.

En Mai 1952, guérison clinique et endoscopique.

La rectite infectieuse dans cette observation a-t-elle été le facteur déclenchant, déterminant de la poussée de recto-colite hémorragique, ou bien s'agit-il au contraire d'une surinfection d'une muqueuse déjà atteinte par la maladie hémorragique ?

Il est difficile d'être affirmatif sur ce point.

Cependant, l'extrême localisation des lésions constatées au début de l'affection et son évolution ultérieure laissent à penser que l'on peut se rallier à la première hypothèse.

7) La rectite hémorragique.-

Le diagnostic peut être autrement difficile avec la rectite hémorragique.

On sait que certains auteurs ont identifié une rectite hémorragique (CHIRAY, STIEFFEL et BEAUGEARD, puis OURY et BEAU), comme une maladie caractérisée par des lésions hémorragiques, parfois des érosions superficielles uniquement localisées à l'ampoule rectale, évoluant d'une seule tenue ou par poussées successives et à l'origine de laquelle on peut incriminer un trouble endocrinien.

Cependant, un doute peut subsister : en effet, dans les 4 observations de OURY et les 3 observations de CHIRAY, les examens bactériologiques ne sont pas mentionnés dans tous les cas et il n'est jamais question de coproculture. De plus, il n'y a pas eu d'examen biopsique pratiqué. Nous devons noter en outre, que la régression des symptômes a fait suite à un traitement hormonal, mais celui-ci le plus souvent associé aux sulfamides ou à la vaccinothérapie.

Si les caractères évolutifs et la notion d'une origine endocrinienne permettent d'individualiser cette rectite hémorragique, on peut cependant se demander, devant l'action favorable du traitement anti-infectieux chez quelques uns des malades étudiés, si une coproculture n'aurait pas mis en évidence un germe pathogène et si certaines de

ces observations ne pourraient alors se rattacher à une forme un peu particulière de rectite infectieuse ; peut-être au même titre que nos trois observations au cours desquelles nous n'avons pu trouver, à l'examen bactériologique, d'agents microbiens pathogènes, mais dont l'examen histologique associé à la clinique a permis de les faire entrer dans le cadre de notre étude.

CHAPITRE X

TRAITEMENT.

Le traitement doit être symptomatique et spécifique.

Traitements symptomatiques.

On agira sur l'élément gênant ou douloureux : les épreintes rectales ; par des lavements ou pansements rectaux à base d'oxyde de titane, de sous-gallate ou carbonate de bismuth. Si besoin est, on aura recours à des médicaments plus héroïques, tels les lavements à l'extrait de belladone ou au laudanum de Sydenham. Le sulfate de baryum, tel qu'il est utilisé en radiologie constitue un excellent calmant.

Pour diminuer la fréquence des exonérations, on utilisera le plus souvent le sous-nitrate de bismuth à petites doses, plus rarement l'extrait d'opium.

Contre l'inflammation rectale intense, on aura recours surtout aux suppositoires au collargol, ou tout simplement encore aux lavements, toujours tièdes, de décoction de camomille ou d'eau de guimauve.

Des suppositoires à la vitamine A peuvent prétendre à favoriser la régénération de la muqueuse.

En prescrivant ces traitements, il faut toujours se souvenir que la muqueuse rectale est très fragile et que les médications employées doivent être peu agressives et en faible dilution (RACHET - ROSEY).

Traitement spécifique.

D'une façon générale, on n'entreprendra pas ce traitement avant d'avoir les résultats de la coproculture et de l'antibiogramme.

Il est à noter que dans nos observations, comme d'ailleurs dans celles de la plupart des auteurs, la grande majorité des germes trouvés à la coproculture sont sensibles aux différents sulfamides. Lorsqu'il y a des résistances, celles-ci n'existent le plus souvent que vis-à-vis d'un ou de plusieurs antibiotiques fongiques.

Cette notion capitale a été encore récemment mise en évidence au congrès des gastro-entérologues de langue française, et semble expliquer pour la plus grande part les accidents digestifs de la myco-thérapie.

C'est donc essentiellement aux sulfamides et plus particulièrement aux sulfamides insolubles - la sulfaguânidine - (Ganidan) que nous avons eu recours dans le traitement. Nous n'avons utilisé l'association sulfamides-antibiotiques mycotiques que lorsque l'intensité des lésions ou la longue durée de l'évolution nous a incité à mettre en oeuvre une thérapeutique particulièrement active.

Conduite du traitement.-

Dans certains cas, lorsque l'acuité des signes fonctionnels commande un soulagement rapide des maux, nous avons prescrit le ganidan dès l'ensemencement des fèces, et sans attendre le résultat de la coproculture.

On est autorisé, nous croyons, à agir de cette façon empirique étant donné le spectre extrêmement large de ce sulfamide.

Il faut, comme dans toutes les maladies infectieuses, donner d'emblée des doses importantes et poursuivre le traitement suffisamment longtemps. Nous donnons habituellement une dose de 6 g. de ganidan, répartie en deux doses journalières de 3 g. : une le matin à jeun, l'autre le soir au coucher. Le traitement est prescrit pour une durée de 15 jours.

Le résultat de l'antibiogramme étant connu, nous ajoutons à ce traitement, en cas de rectite importante, un antibiotique spécifique aux doses habituelles.

Au bout de 15 jours, nous faisons faire une nouvelle coproculture et nous ne cessons le traitement que si les germes pathogènes ont disparu des selles.

Nous avons toujours contrôlé endoscopiquement l'amélioration progressive, puis la disparition des lésions rectales.

Résultats du traitement.-

Sauf dans quelques rares cas d'infection à bacilles de Morgan, les résultats sont spectaculaires. Parfois dès les premières 24 heures, rarement plus tard que 4 à 5 jours après le début du traitement, les symptômes fonctionnels disparaissent, les sécrétions séro-sanglantes se tarissent, les selles redeviennent normales.

Les récidives sont relativement rares. On ne les a rencontrées que 5 fois :

- 3 fois au cours de rectite à bacilles de Morgan,
- 1 fois au cours d'une rectite à paracolibacilles,
- 1 fois au cours d'une rectite à moraxella lwoffii.

Observation 1

Mademoiselle G..., 36 ans.

Mai 1955 :

Colitique chronique, a fait une crise de diarrhée avec 10 - 12 selles par jour, au cours de laquelle l'examen des fécès (à Vence) a mis en évidence des amibes et des kystes d'entamoeba dysentériae.

Traitée par Bemarsal, Ganidan, puis Direxiode.

En 10 jours de traitement, elle n'a plus qu'une à deux selles moulées quotidiennes.

Juillet 1955 :

Deux mois plus tard, au cours du traitement d'entretien avec guérison clinique apparente, survient brusquement une poussée diarrhéique fébrile, avec nombreuses selles glaireuses et sanglantes.

- La rectoscopie montre une muqueuse pâle, avec quelques petites ezulcérations à fond rosé, groupées surtout au voisinage de l'orifice recto-sigmoïdien.

- La coproculture met en évidence des bacilles de Morgan.

- Traitement institué : Ganidan
Rafol
Terramycine

Août 1955 :

Revue 15 jours après. la malade est très améliorée cliniquement. A la rectoscopie les ulcérations sont en voie de cicatrisation.

Fin Août 1955

Une nouvelle coproculture pratiquée est négative. On ne note plus qu'une à deux selles normales par jour. L'état général est bon. A la rectoscopie, on ne trouve plus trace des ulcérations.

En Octobre :

L'amélioration persiste cliniquement et localement.

Observation 2

Monsieur L..., 57 ans.

3 Avril 1954 :

Il y a 15 jours : épisode diarrhéique, avec 10 - 15 selles par jour semi-liquides. Depuis persistance de petites rectorragies après les selles avec écoulement séreux. Fausses envies fréquentes.

Amaigrissement de deux kilos en un mois.

Antécédents : Il y a 10 ans aurait présenté des rectorragies pendant 3 mois.

A fait des hémorragies dentaires au cours d'extractions.

Depuis 6 mois petites rectorragies de sang rouge après chaque selle.

Depuis 3 mois fausses envies, suintements, sérosités entre les selles.

- L'examen local met en évidence un prolapsus muqueux et la rectoscopie faite jusqu'à 18 cm. montre une muqueuse hypercongestive, hypersécrétante, fragile au contact.

- La coproculture révèle des bacilles de Morgan.

- Traitement : Ganidan (6 g. par jour) pendant 15 jours.

24 avril 1954 :

3 semaines après le début du traitement, l'aspect rectoscopique n'a pas changé mais est très amélioré cliniquement.

Va bien jusqu'en Novembre 1954 où réapparaît de temps en temps un peu de sang dans les selles, et 4 selles moulées par jour avec de petites poussées diarrhéiques.

A ce moment, à la rectoscopie, la muqueuse apparaît rouge et congestive jusqu'à 20 cm.

Observation 3

Monsieur T..., 46 ans.

13 Mai 1950 :

Depuis un mois constate à chaque selle une émission muco-sanglante précédant les matières.

Ne présente aucun trouble digestif autre que de petites crises de ténésme au moment des selles, et une somnolence post-prandiale.

- La rectoscopie montre un aspect de rectite basse sur les 6 derniers cm. avec piqueté hémorragique et petites ulcérations.

La muqueuse est peu fragile, enduite de mucus. Rien au-dessus de 6 cm.

- La réaction de Frei est négative.

- L'examen des selles et la coproculture sont négatifs également.

Traitement : suppositoires au collargol
Amélioration clinique pendant plus d'un an.

Septembre 1951 :

Récidive : sang et mucus à nouveau dans les selles.

- A la rectoscopie, on trouve encore des signes de rectite congestive et ecchymotique, avec enduit muqueux assez abondant, à prédominance basse, mais les lésions remontent jusqu'au sigmoïde à 27 cm.

- L'examen des selles révèle des amibes dysentériques.

Traitement : par terramycine et direxiode.

Est amélioré par la terramycine, mais récidive pendant le direxiode et deuxième récidive après le traitement, avec 5 - 6 selles purulentes par jour.

- La muqueuse présente alors (octobre 1951) un aspect de rectite hémorragique jusqu'à 15 cm. Rien au-dessus.

- Une nouvelle coproculture révèle des bacilles de Morgan.

- L'examen biopsique montre un aspect histologique de rectite segmentaire non spécifique.

Traitement : Ganidan.

Décembre 1951 :

Va bien. Localement, le rectum est normal.

En Mai 1952 :

Petite récidive de 2 - 3 jours avec évacuations purulentes sur une selle, normale.

- A la rectoscopie : rectite basse purulente, non ulcéreuse, avec nappes de pus et fragilité au contact.

Traitement : par salazopyrine et extraits placentaires.

Observation 4

Mademoiselle S..., 19 ans.

21 Novembre 1951 :

Depuis 15 jours présente de petites rectorragies à chaque selle, parfois au moment des mictions, quelquefois même spontanées.

N'avait jamais saigné auparavant.

Constipée chronique, se traitant par Normacol.

Myxoedemateuse fruste, traitée par les extraits thyroïdiens.

Cycle menstruel normal, mais règles très abondantes.

Temps de saignement et temps de coagulation normaux.

- Examen : au toucher rectal, on perçoit un repli hémorroïdal antérieur de consistance élastique.

- La rectoscopie montre une ulcération plane de la dimension d'une pièce de 5 francs à fond blan-

châtre, à bords irréguliers nacrés, ni décollés, ni surélevés. Quelques glaires sanglantes. Hyper-vascularisation diffuse au-dessus.

- L'examen des selles et la coproculture mettent en évidence, des bacilles de Morgan.

Traitée : par 6 g. de Canidan et 1 g. de terramycine pendant 8 jours.

A ce moment, présente encore un peu de sang dans les selles et, localement, on note une régression de l'ulcération.

Continuation du traitement.

Perdue de vue.

Observation 5

Mademoiselle R..., 6 ans.

17 Septembre 1954 :

Depuis 3 jours petite rectorragie à chaque selle qui est mouillée. Il y a 15 jours diarrhée ayant duré deux jours, avec sang rouge entourant et suivant les selles.

- La rectoscopie montre une muqueuse pâle, fragile, avec quelques petites ulcérations, saigne peu, impossible de dépasser 12 cm. Il n'a pas été vu de signes de colite.

- Les bacilles de Morgan, très abondants, sont trouvés à la coproculture.

Traitée par : Canidan
Bactisubtil
pendant 30 jours.

Novembre 1954 :

- Un nouvel examen de selles met encore en évidence des bacilles de Morgan associés à Giardia.

Il y a également encore un peu de sang et des glaires dans la selle quotidienne mouillée ou pâteuse.

- Une radiographie colique après lavement baryté est normale...

- A la rectoscopie on trouve une muqueuse pâle, moins fragile ; il n'y a plus d'ulcération.

- On note, en outre, une anite congestive.

Va bien jusqu'à la fin Janvier 1955, puis apparaissent brusquement 3 - 4 selles liquides quotidiennes, sanglantes et glaireuses.

- Rectoscopie : sur un fond de muqueuse normale, on note de nombreuses ulcérations punctiformes, ainsi qu'une hypersécrétion marquée.
Aspect de rectite aigue ulcérée.
Pas de recto-colite.

Février 1955 :

- L'examen des selles et la coproculture sont négatifs : ni bacille, ni parasite.

Traitée alors par : la salazopyrine qui reste sans effet, mais très améliorée pendant le traitement au Ganidan et suppositoires au collargol. Il n'y a plus alors qu'une selle quotidienne, beaucoup moins de sang, la muqueuse est normale mais anite marquée.

Dès la cessation du traitement, réapparition de 3 - 4 selles par jour, puis retour progressif à une seule selle journalière, mais toujours quelques gouttes de sang et des glaires.

Mai 1955 :

- La rectoscopie pratiquée jusqu'à 18 cm. montre une muqueuse rose, moins fragile, avec, par places, un piqueté ecchymotique.

Le premier Décembre 1955 :

Nouvelle récédive : 3 - 4 selles diarrhéiques avec sang et glaires. Bacilles de Morgan à la coproculture résistant au ganidan, cédant au thia-cyl.

Actuellement va bien.

Observation 6

Madame G...

16 Octobre 1953 :

Depuis 6 mois a des glaires sanglantes à chaque selle. Une seule selle journalière normale. Depuis quelques jours, épreintes, ténésme au réveil, avec émission de glaires, puis, selle normale.

- Examen : bourrelet hémorroïdaire.

- A la rectoscopie, sur 6 cm., la face antérieure de la muqueuse est fragile, irrégulière, avec une petite zone soulevée en peau de chagrin. Pas d'ulcération ; pas de pus.

- L'examen biopsique montre un aspect de rectite aiguë.

- A l'examen des selles : bacille de Morgan.

Traitement : Ganidan et streptomycine.

15 jours après le début du traitement, va bien, mais toujours quelques bacilles de Morgan dans les selles.

Perdue de vue.

Observation 7

Monsieur M..., 48 ans.

Mai 1952 :

Manifestations neuro-végétatives diverses depuis des années. Du point de vue digestif : a des digestions pénibles avec congestion du visage. Ressent une douleur de la F I D et de l'hypocondre droit, survenant à la fatigue.

Météorisme abdominal important. Fréquentes poussées de diarrhée.

- Examen : à la palpation, le colon gauche est douloureux.

- Rectoscopie : muqueuse rose, quelques rares ulcérations superficielles, lenticulaires à fond rosé, disséminées sur la muqueuse.

- La coproculture révèle des bacilles de Morgan.

Traitement : Ganidan.

Perdu de vue.

Observation 8

Madame M..., 44 ans.

21 Janvier 1952 :

Depuis 8 jours diarrhée sanglante. Huit à neuf selles par jour. Douleurs anales, au moment des crises diarrhéiques, après les selles et même en dehors des selles irradiant vers la fesse et les grandes lèvres.

Antécédents : Dysenterie amibienne en 1927 lors d'un séjour au Maroc. A l'examen des selles, mise en évidence d'amibes et de lamblas. De 1927 à 1936, 4 crises dysentériques traitées par émétine et stovarsol.

Depuis, aucun trouble digestif jusqu'à ces derniers huit jours.

- Examen : légère hépatomégalie.

Rate non perçue.

Anite hémorroïdaire avec papilles à 1 heure.

- La rectoscopie montre une muqueuse pâle avec rectite atrophique à 6 cm. Au voisinage de la première valvule de Houston, petites ulcérations rouges en tête d'épingle.

- A la coproculture, après sulfate de soude, mise en évidence de bacilles de Morgan.

Traitement : Ganidan

Streptomycine

Huit jours après, l'examen local ne montre plus qu'une seule petite ulcération rouge de 7 centimètres au niveau de la valvule et des glaires apparues depuis le sulfate de soude.

Observation 9

Madame C..., 39 ans.

Mars 1952 :

Ecoulements rectaux, glaireux et purulents depuis quelques jours.

En 1947, a été traitée pour une maladie de Nicolas-Favre. Nouvelle poussée ?

- La réaction de Frei est négative.

- Examen : Pas d'adénopathie inguinale.

- A la rectoscopie, on note une grosse rectite basse, avec piqueté hémorragique et nappes purulentes. Pas de rectite granuleuse.

Revue en Mai 1952 :

- Aspect rectoscopique de rectite basse ulcéreuse et purulente.
Les lésions cessent à 8 cm.

- La coproculture révèle des colonies de *protéus mirabilis* et l'antibiogramme les montre sensibles au ganidan.

Après 14 jours de ganidan, guérison clinique et endoscopique.

Observation 10

Monsieur O..., 35 ans, typographe.

18 Octobre 1952 :

Depuis 15 mois environ, hémorragies de sang rouge par l'anus peu abondantes, parfois isolées, souvent après les selles. Ces hémorragies surviennent à peu près 15 jours par mois.

Selles normales ou glaireuses, pas de constipation. Les rectorragies seraient survenues, pour la première fois, après un bain prolongé en rivière.

Antécédents : Prisonnier 5 ans.
Pas de dysentérie.

Examen :

-- Pas d'hémorroïdes.

- La rectoscopie montre une muqueuse normale dans la partie haute du sigmoïde jusqu'à 23 cm., la muqueuse est normale également dans l'ampoule rectale, sauf dans la partie immédiatement sus-anale où elle est oedématisée, suintante, recouverte de mucosités sanglantes. La limite supérieure est très franche.

- L'examen des selles met en évidence des protéus mirabilis, et staphylocoques dont l'antibiogramme montre leur sensibilité à la streptomycine, chloromycétine et sulfaguanidine ; leur résistance à : la pénicilline, l'auréomycine et la terramycine.

Après un traitement de 95 comprimés de ganidan en 8 jours, qui a provoqué un érythème et un prurit généralisé, on note une très nette amélioration clinique et une guérison de la muqueuse rectale.

Observation 11

Madame U..., 46 ans.

23 Février 1955 :

A fait une hémorragie rectale unique, il y a 15 jours : sang rouge de moyenne abondance en dehors des selles.

Depuis, 2 à 3 selles pâteuses, au lieu d'une mouliée.

Pas de fausses envies.

Antécédents : il y a un an, grosse crise hémorroïdaire externe.

- Examen : peu de signes cliniques hémorroïdaires.

Colon transverse et descendant spasmé. Sigmoïde normal.

- Rectoscopie : sur la face antérieure de l'ampoule, zone hémorragique congestive, petites ulcérations, hémorroïdes modérées.

- Examen des selles et coproculture montrent des staphylocoques.

Après un traitement de 15 jours de ganidan, diminution du nombre des selles : une à deux par jour, peu de sang, pas de glaire.

Meilleur état général.

Localement, persistance de signes de rectite basse. Prolongation du traitement par ganidan, coprosectoplix et streptomycine.

Après 25 jours de traitement, une selle moulée quotidienne, plus de sang ni de glaire, la coproculture est négative, le rectum est normal jusqu'à 12 centimètres.

Trois mois plus tard, en Juillet 1955 :

Une selle moulée par jour, rectoscopie normale, mais douleur de la fosse iliaque gauche sans rapport avec la selle, nausées, malaise général. Douleur à la pression des ovaires.

Observation 12

Madame R..., 42 ans.

25 Septembre 1953 :

Poussée de diarrhée il y a une dizaine de jours, durant 8 jours, avec 20 selles environ le premier jour. Glaires sanglantes accompagnant les selles.

Actuellement va mieux : une selle moulée quotidienne, mais douleurs hémorroidaires assez vives.

Antécédents :

Colitique chronique.

Deux crises hémorroidaires en 1948.

Infiltrat du sommet pulmonaire droit.

- La rectoscopie pratiquée jusqu'à 15 centimètres montre une muqueuse rose pâle, sur laquelle se détachent de petites zones rouges, foncées, donnant l'impression d'ulcérations en voie de cicatrisation, siégeant principalement au niveau de l'orifice recto-sigmoïdien.

- L'examen des selles et la coproculture révèlent un staphylocoque doré, pas de parasite.

Traitement : Ganidan.

7 Octobre 1953 : après 10 jours de traitement, selles normales une fois par jour, a saigné un peu il y a quelques jours.

- A la rectoscopie : muqueuse rose, un peu de mucus.

- Coproculture négative.

Observation 13

Docteur M...

Décembre 1955 :

Vient consulter pour une grosse proci-dence hémorroïdaire, succédant à une poussée de diarrhée à début brusque, datant de 15 jours.

Antécédents :

Colite chronique avec poussées diarrhéiques fréquentes, qui n'ont jamais fait leur preuve bactériologique, malgré des examens répétés.

- Rectoscopie jusqu'à 15 cm. : muqueuse rouge congestive, hypersecrétante, avec, surtout dans le voisinage de la valvule recto-sigmoïdienne de minuscules petites ulcérations rouges de la dimension d'une tête d'épingle.

- L'examen bactériologique des selles met en évidence du staphylocoque doré, sensible à l'érythromycine.

L'amélioration clinique et endoscopique est très rapide.

Observation 14

Monsieur L..., 40 ans.

10 Novembre 1949 : depuis deux jours, diarrhée glaireuse et sanglante. Dix selles par jour.

Antécédents :

En Juin 1949, syndrome dysentérique avec 10 - 12 selles journalières, glaireuses et sanguinolentes, ayant duré trois semaines, calmé par le bismuth. Il n'y a pas eu d'examen de selles pratiqué. Nouvelle poussée de quelques jours en Septembre.

- Examen : la rectoscopie poussée jusqu'à 25 centimètres montre une rectite congestive, sans ulcération, sans fragilité anormale, avec une hypersécrétion muqueuse abondante.

- On note quelques signes de colite, à la radio du colon.

- L'examen des selles et la coproculture mettent en évidence des colonies de bacilles de Sonne.

Traitement :

La sulfaguanidine est mal supportée.
On prescrit alors bactédysentérophage et novismuth.

Perdre de vue.

Observation 15

Mademoiselle K..., 42 ans.

Février 1951 :

Fatigue survenue depuis plusieurs mois, depuis quelques jours diarrhée avec sang et glaires, s'accompagnant d'une gêne douloureuse du rectum, subite et spontanée.

Antécédents :

Long passé digestif : digestions difficiles, renvois acides, brûlures. Constipation par crises, parfois douleurs de l'hypocôndre droit de type colique. Météorisme abdominal.
Ptose gastrique et colique.

- Examen : abdomen normal,
hémorroïdes.

- La rectoscopie met en évidence quelques minuscules ulcérations arrondies, entourées d'un halo rougeâtre, disséminées sur la muqueuse recto-sigmoïdienne, prédominantes au niveau de la charnière. Aucune ulcération au-dessus de 15 centimètres.

- Des bacilles de Sonne sont retrouvés à l'examen des selles.

Après 4 jours de thiacyl (6 g. par jour), va mieux.

- La rectoscopie est normale.

En Avril 1951 :

Persistance de la guérison clinique et endoscopique.

Traitement des hémorroïdes.

Observation 16

Monsieur L..., 48 ans.

Janvier 1955 :

Depuis deux jours, selles douloureuses et répétées, survenant après 48 heures de constipation. Selles molles, sensation de gêne abdominale, douleur vive à l'anus, calmée actuellement depuis l'émission de selles abondantes.

Antécédents :

Service militaire en Tunisie en 1944.

Dyspeptique ancien, rares poussées de diarrhée.

Thrombose hémorroïdaire externe incisée il y a quinze jours.

- La rectoscopie faite jusqu'à 20 centimètres, montre une muqueuse congestive, hypersécrétante, avec nombreuses glaires.

- L'examen des selles met en évidence des para-

colibacilles du groupe Bethesda (sensibles au ganidan) associés à quelques kystes de Giardia.

Traitement : ganidan.

Perdu de vue.

Observation 17

Monsieur T..., 27 ans

Décembre 1951 :

Rectorragies intermittentes depuis plusieurs semaines, pas de glaire, ni écoulement, ni douleur.

Alternance de constipation et de diarrhée.

Antécédents :

A déjà eu des hémorragies rectales de sang rouge il y a 4 ou 5 ans.

A séjourné aux colonies.

- La rectoscopie montre une rectite basse, avec glaires et pus, muqueuse rouge, congestive, granuleuse, saignant facilement, pas d'ulcération.

- L'examen des selles permet de trouver des oeufs d'ascaris. La réaction de Frei pratiquée est négative.

Thymol prescrit.

Une dyspepsie et un point douloureux épigastrique post-prandial peu intense fait pratiquer des clichés gastro-duodénaux, colique et vésiculaire qui se révèlent normaux.

En Janvier 1952 :

La persistance des signes de rectite basse, avec quelques petites ulcérations fait faire une coproculture qui montre alors l'existence de colonies à peu près pures de colibacilles et paracolibacilles.

Après huit jours de traitement par le Thiacyl, les signes de rectite persistent mais avec une légère amélioration marquée par une atténuation des ulcérations.

Mis au traitement à la tifomycine et lavements à l'amunine.

En Février 1952 :

Peu de changement.

- Endoscopiquement, aspect moins congestif, mais persistance des ulcérations.

Traité alors par le thiazomide, qui produit une amélioration plus rapide, il ne reste plus que quelques ulcérations après huit jours de traitement.

Revu en Mai 1952 :

Va bien.

La muqueuse est pratiquement normale.

En Novembre 1952 :

Petite rechute avec hémorragies. La muqueuse est fragile, granuleuse, saignant facilement, non ulcéreuse.

- L'examen des selles est négatif, ainsi qu'une nouvelle réaction de Frei et une épreuve de déviation du complément.

- Formule sanguine normale.

Mis au traitement par Ganidan et lavements d'amunine.

Va bien.

Observation 18

Monsieur B..., 35 ans.

Avril 1953 :

Etat infectieux persistant avec réaction fébrile. Deux à trois selles molles quotidiennes. Douleur sous-costale gauche presque permanente.

Asthénie, amaigrissement important.

Antécédents :

A eu des entérocoques dans les urines et des ankylostomes dans les selles ; traité par le thymol, l'auréomycine et diurosodine.

- Examen clinique normal.

- La numération montre une légère hyperleucocytose à 11.900, avec polynucléose neutrophile à 78 pour cent et éosinophile à 14 pour cent.

- Radio : colon normal.

- A la rectoscopie, on trouve une muqueuse rouge, congestive, jusqu'à 15 centimètres.

- L'examen des selles met en évidence des endolimax et la coproculture révèle des bacilles pyocyaniques.

Amélioration importante après 10 jours de ganidan et du repos.

Perdu de vue.

Observation 19

Monsieur S..., 40 ans.

17 Avril 1953 :

Antécédents amibiens dans l'enfance.

Opéré de fissure anale en 1951 à l'hôpital Saint-Antoine par A. BENSAUDE.

Se plaint actuellement de prurit anal intermittent. Pas de constipation, pas de diarrhée : une selle moulée quotidienne.

Après traitement par : Becozyme, domistan, mitosyl, théphorine Roche et huile d'amandes douces, il y a persistance du prurit.

- Examen : pas d'oxyures,
pas de signes d'intolérance,
épaississement des plis, rhagades.

- La rectoscopie jusqu'à 15 centimètres montre des signes de rectite congestive et secrétante.

- L'examen bactériologique des selles met en évidence des bacilles pyocyaniques. Pas de parasites.

Traitement par alcool iodé, novismuth et ganidan.
15 jours après, il y a 75 pour cent d'amélioration.

- Une nouvelle rectoscopie montre une muqueuse rosée, moins suintante. Il y a desquamation intense de la région anale.

- Anite avec papille à 12 heures.

Observation 20

Madame Z..., 27 ans

6 Juin 1951 :

Depuis trois mois hémorragies rectales en allant à la selle, avec fausses envies, pertes séro-muqueuses.

Ne souffre pas.

Pas de procidence.

Tendance à la constipation.

- Rectoscopie : rectite basse congestive et purulente, sur 4 à 8 centimètres.

- La coproculture pratiquée montre uniquement des moraxella Iwoffii.

Traitée par le thiacyl est améliorée pendant le traitement. A la cessation du traitement, reprise des fausses envies, mais pas d'écoulement.

6 Juillet 1951 :

- Une nouvelle coproculture est négative.

- A la rectoscopie grosse amélioration locale, plus de signes de rectite, congestion légère, discrète fragilité au contact.
Anite.

Traitement par suppositoires au collargol, huile de paraffine.

10 Septembre 1951 :

A nouveau présente de temps à autre quelques rectorragies.

- La rectoscopie montre une nouvelle poussée de rectite purulente et ecchymotique basse, jusqu'à 7 centimètres avec une petite élevation polypoïde à 6 heures à 4 centimètres.

- La coproculture met en évidence des moraxella.

Traitée par Ganidan.

Perdue de vue.

Observation 21

Madame P... 56 ans.

Madame P... a été suivie pendant deux ans.

D'abord traitée pour une rectite purulente avec ulcérations : une coproculture met en évidence : escherichia coli et bacilles paratyphiques A, ces derniers sensibles à la tifomycine.

Le séro-diagnostic s'est révélé négatif.

Au bout d'un mois de traitement (Décembre 1950) : grosse amélioration clinique et disparition des germes et des lésions locales.

En Avril 1951 :

Reprise des rectorragies avec, à la rectoscopie, un oedème considérable. La biopsie (Duperrat) montre des lésions voisines de la recto-colite hémorragique. La malade est traitée alors par :

- Cycladiène
- Novismuth puis :
- Stérandryl
- Salazopirine.

Etat stationnaire jusqu'en Septembre 1951, avec un traitement discontinu de tifomycine et d'extraits hépatiques.

A ce moment surviennent 7 à 8 évacuations purulentes et sanglantes par jour.

- A la rectoscopie, on trouve les lésions typiques d'une recto-colite hémorragique, purulente et ulcéreuse de nature indéterminée, bien que l'examen des selles révèle alors des coli, paracoli, et endolimax nana, il semble s'agir là nettement d'une surinfection.

Traitement :
Lavements de pénicilline-streptomycine
Extraits placentaires.

Nette amélioration jusqu'en Mars 1952 où l'on note une petite rechute hémorragique avec aspect de recto-sigmoïdite ulcéreuse et hémorragique jusqu'à 20 centimètres.

Traitement :
Aminine
Extraits placentaires.

En Mai 1952 :

Guérison clinique et endoscopique.

Observation 22

Monsieur G... 44 ans.

11 Février 1955 :

Consulte pour selles abondantes, molles, hémorragiques.

Hémorragies de sang rouge apparues pour la première fois en Octobre 1954. Depuis, alternance de diarrhée et de constipation.

Antécédents :
Nombreux séjours coloniaux.
Moelena en Juin 1954 au cours d'une poussée douloureuse d'ulcus du bulbe.

En Novembre 1954, à Rome, au cours d'un examen succédant à des rectorragies, on découvre, à 19 centimètres, une zone oedématisée et non indurée, saignant facilement au contact.

Peu de temps après, à Paris, une radio du colon, après lavement baryté, est normale.

Les constantes biologiques sont normales.

Examen :

- La rectoscopie met en évidence une rectite purulente oedémateuse et hémorragique dont la limite supérieure est à 10 centimètres. Rien au-dessus jusqu'à 25 centimètres.

- L'examen des selles et la coproculture sont négatives.

- Aspect de rectite subaigue à l'examen histologique de la biopsie.

Traité par Ganidan, Vitamine B 12 et extraits placentaires.

Quinze jours plus tard, on ne note que peu d'amélioration ; il y a encore deux selles quotidiennes avec sang et pus.

- A la rectoscopie, sensiblement même aspect avec moins de pus et moins d'oedème.

Traitement :
Lavements d'amunine,
Stérandryl 25.
Vitamine B 12.

Le 25 Mars 1955 :

Va mieux, saigne moins, selles irrégulières moins abondantes.

- A la rectoscopie : aspect de rectite granuleuse, pas d'oedème, ni de pus.

Le 1er Avril 1955 :

Les selles sont normales, moulées, pas de sang.

- Numération sanguine : 6.700.000 globules rouges.

Le 15 Mai 1955 :

Bon état général.

Une selle moulée quotidienne, parfois un peu de sang, plus de fausses envies.

Localement, très grosse amélioration, la muqueuse rosée ne saigne plus, un peu de moco-pus.

Observation 23

Miss L..., 30 ans.

4 Décembre 1953 :

Tous les deux ou trois mois pendant quelques jours, petites hémorragies rectales de sang rouge, enrobant les selles, depuis l'âge de neuf ans.

En même temps, précédant et suivant les selles, glaires rectales. Les hémorragies coïncident avec des selles dures et constipées.

- La rectoscopie montre à 10 centimètres une zone de rectite congestive avec petites ulcérations. A 5 centimètres sur la face antérieure de la muqueuse, une large ulcération allongée, superficielle, à bord régulier, à fond pâle. Rien au-dessus jusqu'à 20 centimètres.

- Les résultats de la coproculture ne sont pas connus.

- La biopsie révèle un aspect d'atteinte aigue, avec exsudat purulent, très dense, sur une muqueuse dont la structure a été profondément remaniée.

Observation 24

Madame J..., 35 ans.

6 avril 1955 :

Depuis un mois a quotidiennement deux selles normales et 6 à 7 selles sanglantes avec glaires. La première crise date de 7 ans ; a été de courte durée ; survenue après la naissance d'un enfant.

Sodomie il y a 8 ans.

Le diagnostic de recto-colite hémorragique aurait été porté dans un dispensaire, il y a 8 mois.

Il n'y a pas eu d'examen de selles.

Traitée alors par salazopyrine et auréomycine, a été très améliorée pendant 6 mois.

- L'examen rectoscopique montre actuellement, sur 6 à 7 centimètres, une muqueuse granuleuse, fragile, ulcérée, avec vallonement et épaissement localisés de la face antérieure de l'ampoule.

Au-dessus, jusqu'à 20 centimètres, la muqueuse est brillante, vernissée, avec ulcérations étoilées, dont l'aspect rappellerait plutôt une dysenterie amibienne qu'une recto-colite.

- L'examen des selles et la coproculture sont négatives. Pas d'amibes.

- La numération globulaire et la formule sanguine sont normales.

Traitement par : Bemarsal et
Ganican.

- L'examen biopsique montre très nettement un aspect en faveur d'une rectite infectieuse aiguë.

C O N C L U S I O N S

= = = = =

I - Dans le cadre confus des rectites infectieuses, à côté des rectites spécifiques dysentériques ou vénériennes, il semble incontestable que l'on puisse isoler des rectites infectieuses basses, localisées à l'ampoule rectale et ne dépassant pas la charnière recto-sigmoïdienne, en apparence primitives, dont l'agent causal est un germe infectieux dit banal.

Nous apportons 24 observations de ces rectites.

II - Au point de vue de l'étiologie, il faut mettre l'accent sur deux notions :

a) Il semble qu'une fragilisation de la muqueuse colique par une atteinte antérieure soit un facteur prédisposant important pour le développement de ces colites infectieuses. L'amibiase intestinale paraît, à ce titre, jouer un rôle de premier plan.

b) Il est difficile d'affirmer biologiquement la nature pathogène des germes trouvés à la coproculture surtout lorsqu'il s'agit d'agents microbiens qui peuvent exister à l'état saprophyte dans un colon normal.

L'existence de lésions rectales patentes, les résultats du traitement anti-infectieux spécifique sont à nos yeux des arguments cliniques de valeur, dont on doit tenir compte pour établir le rôle pathogène des germes trouvés dans les fécès.

Ces bactéries découvertes dans nos observations sont, par ordre de fréquence :

le bacille de Morgan

le protéus mirabilis

le staphylocoque

le bacille de Sonne

les colibacille et paracolibacille

le bacille pyocyannique

le moraxella lwoffii

le bacille paratyphique A

III - Les lésions rectales trouvées à l'examen de nos malades peuvent être apparemment banales, à type de rectite congestive, oedémateuse ou ecchymotique.

Elles attirent cependant l'attention par leur localisation élective au bas rectum.

Elles peuvent être plus évocatrices et se présenter soit sous forme de rectite purulente, soit sous forme de rectite ulcéreuse, dont il existe deux types :

les rectites à ulcérations punctiformes

les rectites à large ulcération unique.

IV - Le caractère évolutif le plus constant de ces rectites est leur amélioration rapide par un traitement anti-infectieux approprié, basé sur l'antibiogramme.

V - Parmi les formes étiologiques, il convient d'insister sur les rectites à bacilles de Morgan qui sont particulièrement fréquentes et semblent avoir plus que les autres une tendance aux récurrences.

VI - Le diagnostic différentiel des rectites infectieuses se pose, non pas tant avec les dysentéries amibiennes ou bacillaires, qu'avec la rectite gonococcique qui en représente une variété connue depuis longtemps et avec les rectites hémorragiques dont l'individualité n'est pas admise par tous les auteurs.

VII - Au point de vue anatomo-pathologique, dans les rectites aiguës il y a contraste entre :

l'intégrité de l'architecture générale de la muqueuse d'une part, et, d'autre part,

l'intensité et la diffusion des lésions qui associent :

- des érosions de surface
- une diminution de l'activité sécrétoire muqueuse au niveau des glandes de Lieberkühn
- une hyperhémie modérée
- une infiltration leucocytaire très dense du chorion à prédominance plasmocytaire.

VIII - Au point de vue pathogénique, il est difficile d'établir si ces rectites basses ne sont que la localisation apparente d'une atteinte plus diffuse du colon, ou si elles prennent un point de départ local au niveau des cryptes de Morgagni chez des hémorroïdaires.

IX - Au point de vue thérapeutique, le traitement de choix semble être les sulfamides et nous insisterons tout particulièrement sur l'action élective de la sulfaguanidine, que l'on associera après antibiogramme, dans les formes particulièrement sévères, à un antibiotique fongique adéquat.

Le traitement doit être intense et prolongé et ne devra être interrompu que lorsque les coprocultures se seront avérées négatives.

Vu: Le Président de Thèse

Vu: Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

Professeur De GENNES

L. BINET

Vu ~~et~~ permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SAPRÉAILH

B I B L I O G R A P H I E

= = = = =

- 1 - BARREAU J.E.Y. :
Essai de classification de certaines ano-rectites
segmentaires atypiques.
Thèse Paris 1951.
- 2 - R. BENSAUDE :
Maladies de l'intestin.
- 3 - A. BENSAUDE :
Rectites - Encyclopédie Médico-chirurgicale -
Intestin.
- 4 - A. BENSAUDE, R. BOOM
Tuberculose rectale - La presse médicale 28/1/1953
n° 6.
- 5 - Y. BOCQUIEN et G. ALLIOT :
Troubles digestifs provoqués par les antibiotiques,
Etage sous-mésocolique. Etude clinique et thérapeu-
tique.
Archives des maladies de l'appareil digestif -
Octobre 1955.
- 6 - J. BOYER, L. CORPE, P. SERCIER, J. PILLET,
M. TISSIER :
Intoxication alimentaire d'origine staphylococcique
Presse médicale 29/9/1951 - n° 61.
- 7 - BUSSON, MASSIAS :
Thérapeutique des rectites -
Encyclopédie médico-chirurgicale - thérapeutique.
- 8 - R. BUTTIAUX :
Milieux spécifiques de culture de germes intesti-
naux.
Archives des maladies de l'appareil digestif -
Mai-Juin 1949.
- 9 - R. BUTTIAUX, RAHEL :
Sensibilité des entérobactériacae à la chloromycé-
tine.
Archives des maladies de l'appareil digestif -
Mai 1950.

- 10 - R. BUTTIAUX, M. GERVOIS, D. LIEGEOIS :
Intoxications alimentaires dues à certains
staphylocoques pathogènes.
Archives des maladies de l'appareil digestif.
Janvier-Février 1947.
- 11 - R. BUTTIAUX, A. TACQUET, A. KESTELOOT :
Sur l'action pathogène pour l'homme des bacilles
para-coli.
Archives des maladies de l'appareil digestif.
Octobre 1949.
- 12 - R. BUTTIAUX, L. CHRISTAENS, A. BRETON,
G. LEFEBVRE :
Gastro-entérites infantiles à Escherichia coli-
épidémies récentes.
Presse médicale - Juillet 1951 - n° 47.
- 13 - R. BUTTIAUX, A. TACQUET, P. GAUDIER :
Bacilles para -coli anaérogènes dans un abcès
sous-hépatique.
Archives des maladies de l'appareil digestif.
Septembre-Octobre 1952.
- 14 - R. BUTTIAUX, J. MORJAMEZ :
Fréquence et polymorphisme des infections par
shigella sonnei.
Archives des maladies de l'appareil digestif .
Décembre 1953.
- 15 - R. BUTTIAUX :
Les entéro-bactéries pathogènes "mineures" dans
les diarrhées subaiguës ou chroniques.
Acta-gastro-entérologica Belgica 1954 1.
- 16 - R. BUTTIAUX, A. TACQUET, B. GAUDIER :
Bactériologie des syndromes intestinaux provoqués
par les antibiotiques.
Archives des maladies de l'appareil digestif.
Octobre 1955.
- 17 - P. CARNOT, FROMENT, LELONG :
Maladies de l'intestin.
- 18 - CHELI E. :
Rectite à bacille paratyphique B, seule manifes-
tation de fièvre typhoïde.
Excerpta Médica, Internal medicine 1952.

- 19 - P. CHENE, ZENGOVITCH :
Essai sur la semiologie des rectites.
Gazette médicale de France - Septembre 1939.
- 20 - CHIRAY, STIEFFEL, BEAUGEARD :
A propos de 3 cas de rectite hémorragique - fréquence
de l'étiologie hormonale.
Semaine des hôpitaux de Paris - 2 Août 1948 - n° 58.
- 21 - COSSART R.P. :
Classification des rectites et leurs traitements.
Thèse Paris 1941.
- 22 - de BERE :
Proctitis.
Medical clinics of North America - Janvier 1939.
- 23 - R. DEBRE, LESNE, ROHMER :
Entéro-colites infectieuses chez l'enfant.
Pathologie infantile - Tome 1 - 1953.
- 24 - DELEBT, BRECHOT :
Maladies de l'anus et du rectum.
Nouveau traité de chirurgie - 1916.
- 25 - DESPRAIRIES Paul :
De la valeur séméiologique des recto-sigmoïdites
aigues, témoins d'affections pelviennes.
Thèse Paris 1926.
- 26 - DRUECK C.J.
Proctitis.
Illinois Medical Journal - May 1938.
- 27 - H. FLOCH :
Sur l'intérêt de l'étude bactériologique des colites
et entérites de l'adulte et du nourisson.
Presse médicale 2 Mai 1953, n° 30.
- 28 - GALLIARD, GUIART, HUTINET, THIERCELIN :
Maladies de l'intestin.
Nouveau traité de médecine et de thérapeutique.
- 29 - GERNEZ :
Infections à entérocoques.
Encyclopédie Médico-chirurgicale - Maladies infec-
tieuses.

- 30 - R. GOIFFON, B. GOIFFON :
Signes coprologiques des diarrhées par
antibiotiques.
Presse médicale 27 Mars 1954, n° 23.
- 31 - Ch. GRANDCLAUDE, P. TISON :
Rectites, étude anatomo-pathologique.
Echo médical du Nord - 28 Avril 1935.
- 32 - P. HILLEMAND :
Rectites - Fiches de pratique médicale.
Fichier Desfour 1947.
- 33 - KAUFFMANN :
Antigènes des Escherichia coli.
Journal of Immunology 57 1947 (71).
- 34 - KOURILSKI, MERCIER :
Sur les méthodes de différenciation entre les
staphylocoques pathogènes et non pathogènes.
Revue d'immunologie 1942 - Tome 7 - n° 1 et
2.
- 35 - B. LE BOURDELLIES :
Dysentéries bacillaires.
Encyclopédie médico-chirurgicale - maladies
infectieuses.
- 36 - P. OURY, P. BEAU :
La Rectite hémorragique.
Archives des maladies de l'appareil digestif -
Septembre-Octobre 1950.
- 37 - J. PARIS, A. TACQUET :
Infection mortelle à bacilles de Morgan.
Archives des maladies de l'appareil digestif -
Janvier - Février 1947.
- 38 - J. RACHET :
Colites.
Encyclopédie médico-chirurgicale - Intestin.
- 39 - J. RACHET :
Les rectites,
Traité de médecine - Tome 7 - Masson Editeur.
- 40 - J. RACHET, BUSSON, LEBRAY :
Les colites, les rectites, maladies de l'intestin
et du péritoine.
Flammarion Editeur 1953.

41 - G. SANARELLI :
Les entéropathies microbiennes.
Masson Editeur.

42 - R. TURPIN, J. PILLET, J. CALMEIS, Mme PILLET :
Recherches sur l'individualisation des staphylocoques.
Application à l'endémie staphylococcique.
Semaine des Hôpitaux de Paris 1953 - n° 75.

TABLE DES MATIERES.

=====

	Pages
CHAPITRE I : INTRODUCTION	1
CHAPITRE II : DEFINITION	2
CHAPITRE III : HISTORIQUE ET CLASSIFICATION DES RECTITES	3
CHAPITRE IV : - ETIOLOGIE	5
- SPECIFICITE DES GERMES	6
CHAPITRE V : PATHOGENIE	10
CHAPITRE VI : ANATOMIE PATHOLOGIQUE	12
CHAPITRE VII : ETUDE CLINIQUE	13
CHAPITRE VIII : EVOLUTION	17
FORMES ETIOLOGIQUES	17
CHAPITRE IX : - DIAGNOSTIC POSITIF	19
- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	19
CHAPITRE X : TRAITEMENT	26
OBSERVATIONS	29
CONCLUSIONS	52
BIBLIOGRAPHIE	55

